

HISTORIAS DE VIDA: GÉNERO, PENSIONES Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MÉXICO Y EE.UU.

Juana Isabel Vera López¹

RESUMEN

En la implementación de políticas públicas dirigidas a los adultos mayores, los gobiernos enfrentan diversos retos, entre ellos se tienen los relacionados con temas como el enfoque de género y las pensiones. Si en las intervenciones se consideran estos aspectos, se podrán obtener instrumentaciones efectivas que garanticen a los adultos mayores un envejecimiento con una mejora en su calidad de vida.

Este documento tiene por objetivo analizar la calidad de vida de la mujer adulta mayor, en la frontera norte de México y el sur de EE.UU., a partir de dos casos específicos de envejecimiento activo. Para la elaboración de este trabajo se utiliza como metodología el análisis de historias de vida, en donde se conoce esta calidad de vida a través de cinco dimensiones que son: bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, relaciones interpersonales e inclusión social.

Se aplica una entrevista semi-estructurada con preguntas relativas a cada una de las cinco dimensiones sobre la calidad de vida de las adultas mayores. El marco de análisis utilizado, se estructura con base en la gerontología social, considerando las teorías micro de la gerontología social, en especial, la teoría de la continuidad, que forma parte de la primera generación de estas teorías.

En relación con las orientaciones políticas del envejecimiento, estas son establecidas en acuerdos internacionales, como el enunciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera al envejecimiento activo como una propuesta de política pública para estimular una mejora en la calidad de vida de las personas.

Del análisis, de la información obtenida mediante las entrevistas, se tiene que en las políticas públicas de envejecimiento es necesario considerar el enfoque de género, porque la mujer es más longeva que el hombre; las mujeres se dedican al trabajo de cuidado del hogar; enfrentan una desigualdad en el mercado laboral; así como otras limitaciones que requieren ser tomadas en cuenta.

CONCEPTOS CLAVE: Envejecimiento activo, Género, Calidad de vida

¹ Doctora en Ciencia Política y Administración Pública, El Colegio de la Frontera Norte, jvera@colef.mx

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el envejecimiento poblacional es una realidad que se observa a nivel mundial. Mediante una postura previsoras con una perspectiva a futuro, es que se ha considerado en la agenda pública el tema del envejecimiento.

En 2002, se realizó la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en Madrid. En esta reunión se aprobó la Resolución 1, correspondiente a la *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002*.

Es a partir de esta Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento Madrid 2002 (Naciones Unidas, 2003), que se establecieron entre sus consideraciones, cuatro cuestiones relacionadas con el tema de las pensiones y calidad de vida de los adultos mayores, que son retomadas en este documento:

- Participación de las personas de edad en la sociedad, representación política e inclusión social;²
- Solidaridad entre las generaciones;³
- Erradicación de la pobreza;⁴
- Seguridad de los ingresos, protección social/seguridad social y prevención de la pobreza.⁵

De acuerdo con estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), América Latina y el Caribe cuentan con una población de aproximadamente 119 millones de adultos mayores, lo cual equivale a un 10 % de la población total (Valdés y Rojas, 2016). En 2010, en México, de acuerdo con el último Censo General de Población y Vivienda realizado por INEGI, se registró una población total de 112,336,538 personas, de la cual, el 9.1 % se conforma por el estrato poblacional de 60 y más años, es decir, de población adulta mayor, acorde con el artículo 3 de la Ley de los derechos de las personas adultas mayores (2016).

Para 2015, México registró un 9.6 % de población adulta mayor; para el caso de Estados Unidos de América (EE.UU.), fue de un 20.7 %. En 2030, esta población adulta mayor mexicana será de un 14.9 % y, en EE.UU., se registrará un 26.1 %. En 2050, la población adulta mayor mexicana se conformará por un 24.7 % de su población total y, en EE.UU., será de un 27.9 %, véase *Figura 1* (Global AgeWatch Index 2015).

² Cuestión 1.

³ Cuestión 5.

⁴ Cuestión 6.

⁵ Cuestión 7.

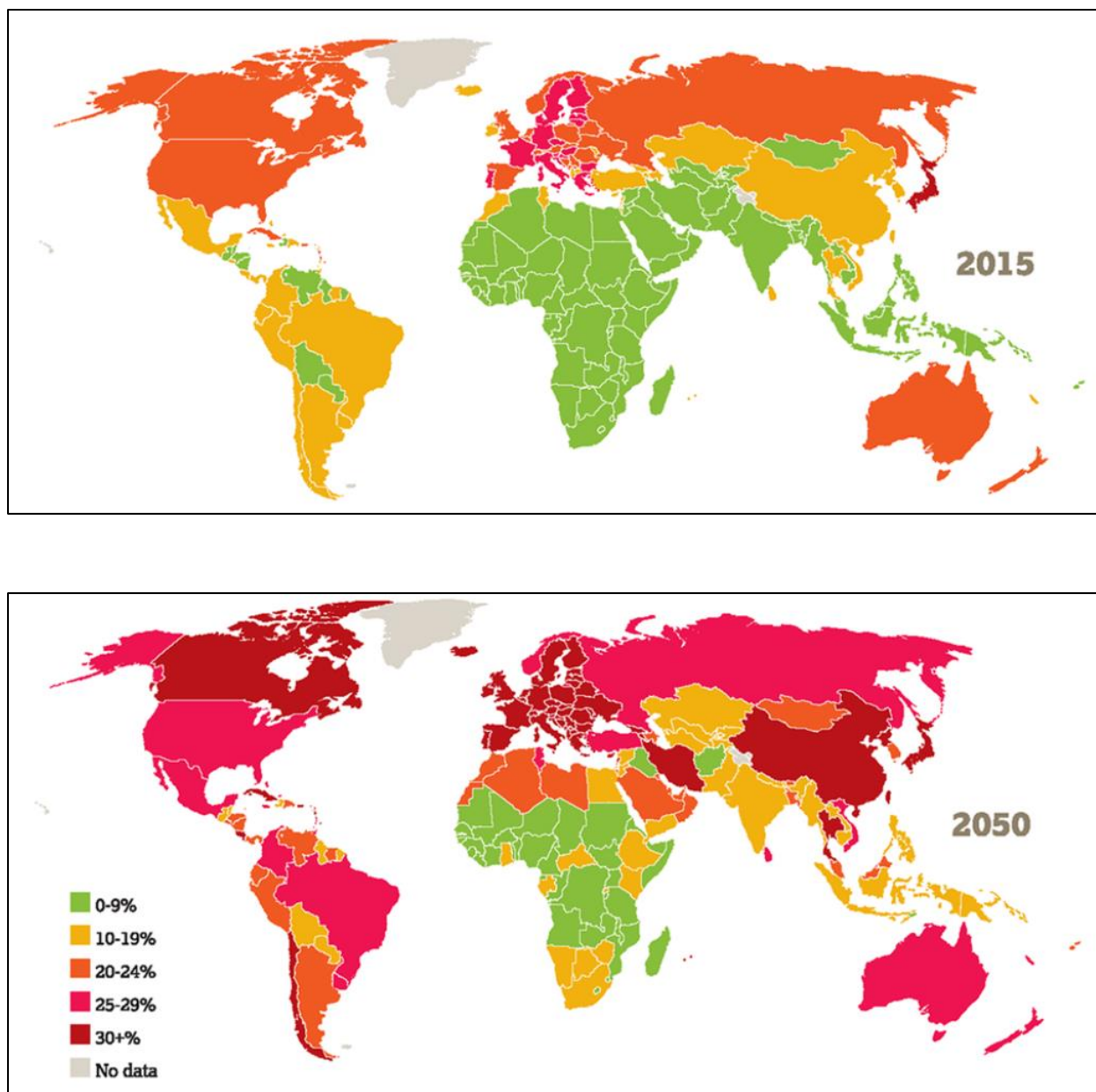


Figura 1: Porcentaje de la población de 60 años y más. Año 2015 y 2050. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015), en *HelpAge International*.

México, al igual que otros países, en su política pública dirigida a los adultos mayores, enfrenta como retos diversos temas prioritarios en su agenda pública, que son: la edad, el género, la inclusión social, los apoyos económicos y la salud. Para ello es necesario, como menciona Valdés y Rojas (2016: 40): “formular políticas con perspectiva de género que aseguren un envejecimiento de calidad”.

Son importantes las políticas públicas que promuevan un envejecimiento activo y saludable. La OMS, en sus recomendaciones considera que los acuerdos internacionales deben impulsar el envejecimiento activo de la población, debido al evidente envejecimiento poblacional, aunado con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad, que actualmente se observan en los países a nivel mundial.

En México, la migración es constante hacia los EE.UU. De aquellos que logran establecerse en EE.UU., son pocos los que obtienen la ciudadanía y quienes la tienen, de alguna manera deben adaptarse al estilo de vida y formar parte de la comunidad.

Para ahondar en el tema, este documento tiene por objetivo analizar la calidad de vida de la mujer adulta mayor, en la frontera norte de México y el sur de EE.UU.

La hipótesis de este documento es que si se analiza el envejecimiento y las políticas públicas, incorporando el elemento de género, se podrá mejorar la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que radican en México y EE.UU. Es por ello que resulta necesario diseñar políticas públicas para la vejez con un enfoque de género, en las cuales se incorporen recomendaciones emitidas por organismos internacionales, como la promoción del envejecimiento activo y saludable.

Para ello, se elaboraron historias de vida de dos mexicanas adultas mayores⁶: una que radica en la frontera norte de México, en la ciudad de Piedras Negras, Coahuila y la otra que es ciudadana americana, quien reside en los EE.UU., en la ciudad de San Antonio, Texas (ciudad ubicada al sur de este último país). De esta manera se pudieron obtener dos caracterizaciones en las cuales se analizaron los temas de interés para este documento, que fueron el envejecimiento activo, género, pensiones y salud.

Este documento se estructura por cuatro apartados:

1) Marco teórico. Se aborda desde las teorías micro de la gerontología social, realizando una revisión a las teorías de la desvinculación, la teoría de la actividad, la teoría de la continuidad, la teoría del envejecimiento exitoso y productivo. Siendo utilizada como marco en el análisis, la teoría de la continuidad. También se consideraron las orientaciones políticas del envejecimiento de los acuerdos internacionales;

2) Metodología. Una vez consideradas las características del envejecimiento activo y sus determinantes, se reflexiona que este envejecimiento debe ser incluyente y formar parte de los derechos de los ciudadanos para una mejora en su calidad de vida. Es por ello que se realiza un análisis exploratorio mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas a dos mexicanas adultas mayores, para elaborar sus historias de vida, respondiendo a interrogantes relativas a su bienestar. Al valorar su calidad de vida, se consideraron cinco dimensiones que son: bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, relaciones interpersonales e inclusión social;

3) Resultados. Con base en las cinco dimensiones anteriormente mencionadas y sus indicadores, se presentan las respuestas obtenidas en las entrevistas, las cuales fueron relacionadas desde la teoría de la continuidad, para responder a interrogantes relativas a la calidad de vida de las entrevistadas, considerando las políticas públicas de envejecimiento, las pensiones y el enfoque de género. Es interesante el resultado porque aunque se tienen dos realidades distintas (por la ubicación geográfica de las entrevistadas, así como de los regímenes de pensiones de los que obtienen un beneficio), el producto es que a ambas las une la existencia de determinadas limitantes para alcanzar su bienestar y calidad de vida en la vejez. Es por ello, que se debe recuperar de este análisis el cómo la mujer puede obtener una mejora de su bienestar en la vejez; y,

⁶ Se agradece a las dos entrevistadas (quienes por confidencialidad, solicitaron se omitieran sus nombres), por su apoyo al conceder la entrevista que permitió elaborar este documento. La entrevista 1, realizada a la adulta mayor de Piedras Negras, Coahuila, se aplicó el 28 de agosto de 2016 y la entrevista 2, realizada a la adulta mayor de San Antonio, Texas, fue aplicada el 23 de septiembre de 2016.

4) Discusión y conclusiones. Se obtiene que este análisis empírico, proporcionó información valiosa de cómo perciben las entrevistadas su calidad de vida, así como se infiere cuál sería el resultado al incorporar en el marco analítico de las políticas públicas una promoción del envejecimiento activo y el enfoque de género, ya que de esta manera se podría mejorar la calidad de vida de las mujeres en la vejez.

2. MARCO TEÓRICO

La gerontología social es la ciencia que estudia los fenómenos del envejecimiento en la población. Es social porque analiza la participación de los adultos mayores en la sociedad y como ésta influye en el proceso de envejecimiento.

De acuerdo con Díaz-Tendero-Bollain (2011), las teorías de la gerontología social se agrupan en tres generaciones de teorías. A continuación, en el *Cuadro 1*, se presenta un desglose por generaciones, teorías y autores.

Generaciones	Teorías		Autor (es)
Primera Generación	1. Teorías micro	1.1. Teoría de la desvinculación	Cumming y Henri (1961)
		1.2. Teoría de la actividad	Lemon et al (1972)
		1.3. Teoría de la continuidad	Lowenthal (1975) y Neugarten (1964)
		1.4. Teoría del envejecimiento exitoso y productivo	Rowe y Kahn (1997)
Segunda Generación	2. Teorías macro	2.1. Teorías de la modernización	Gognalons-Nicolet (1997), Aranibar (2001), Cowgill (1986)
		2.2. Teoría de la estratificación etaria	Riley y Riley (1999), Dowd (1987), Hogan y Astone (1986)
		2.3. Paradigma de envejecimiento y sociedad	Estes et al. (2001) y Riley (1987)
Tercera Generación	3. Teorías vinculantes	3.1. Teoría del ciclo vital	Binstock (2001), George (1993), Gomes e Iwakami (1999), Ham (2000), Tuirán (2002), Watkins, Menken y Bongaarts (1987), Ham (2003), Montes de Oca y Hebrero (2006)
		3.2. Teoría del construccionismo social	Montes de Oca (2003), Larralde (2006), Juliano (1998), Freixas (1997)
		3.3. Teoría del construccionismo cultural	Molinari (1981) y Reyes (2001 y 2003)
		3.4. Teoría de la economía política del envejecimiento	Bengtson et al. (1997), Minker y Estes (1999), Soria (1995), Scott (2005a, 2005b y 2008), Gomes

			(2005), Ordóñez (2009), Ramírez (2008), Cordero y Máttar (2008), Valencia (1999, 2001 y 2005), Sandoval (1999), Salinas (1999), Durán (2002), Ham (2005a) y Ramírez (1999 y 2005)
		3.5. Enfoque sociodemográfico	Partida (1998), Welti (1999), Gutiérrez (2001), Ordorica (2001), Negrete (2001), Palma (2001), Cabrera (2001), García, Ortiz y Gómez (2000, 2003), Zúñiga (2004), Ham (2005b) y Montes de Oca (2003)

Cuadro 1. Teorías de la gerontología social. (Elaboración propia, con base en información de Díaz-Tendero-Bollain, 2011).

Las teorías micro son utilizadas como referencia para explicar “la interacción del individuo con su medio social y para estudiarla en toda su extensión se acude a factores de nivel micro como roles, normas y grupos de referencia” (Díaz-Tendero-Bollain, 2011: 52).

En este documento, se utilizó como metodología las historias de vida, partiendo de un enfoque individualista para proporcionar una interpretación de la realidad. En el marco de las teorías de la gerontología social, en esta primera generación de teorías micro que analizan el envejecimiento, se encuentran la teoría de la desvinculación; la teoría de la actividad; la teoría de la continuidad; y, la teoría del envejecimiento exitoso y productivo. Para el diseño del análisis de estas historias de vida, se tomó como directriz la teoría de la continuidad.

La *teoría de la continuidad*:

Declara que el AM mayor vive un proceso acumulativo de experiencias anteriores lo que le da su propia personalidad y sistemas de valores. Al envejecer sabe cómo lidiar con situaciones difíciles, y responder de forma eficaz a ciertos niveles de angustia, para que no le impacten directamente en su ánimo (Vera, 2016: 5).

De acuerdo con Díaz-Tendero-Bollain (2011: 53) “la teoría de la continuidad, que deriva de la teoría de la actividad, procede a juicio de autores como Lowenthal (1975) y Neugarten (1964) también de la teoría del ciclo vital”. Autores como Robert C. Atchley y George L. Maddox, son algunos de sus principales exponentes que sentaron las bases en la teoría de la continuidad.

En la vejez se experimentan diversos cambios en aspectos como la salud, solvencia económica, roles de trabajo, recreación y ocio. Laboralmente, los individuos prefieren retirarse cuando su salud aún les permite continuar su vida, con cierta calidad de vida. Lo cual es socialmente aceptable. Esta decisión, muchas veces es influida por la opinión de su familia y amigos. La moral, no se relaciona con el retiro, pero sí se relaciona con la salud del individuo, situaciones familiares y otros factores personales (Atchley, 1972; Atchley, 1982).

Para Maddox (1963: 200-202), en la vejez existe una correlación positiva entre actividad⁷ (el contacto con el ambiente) y moral: los *factores físicos y psicológicos* pueden modificar la relación existente entre actividad/moral. En tanto que, los *factores socioestructurales*, propician que el individuo desarrolle un mayor número de actividades, más éstas no se relacionan directamente con la moral. En relación con la edad del individuo, se observa que a mayor edad disminuyen el número e intensidad de actividades que realiza, pero no así sucede con la moral, la cual se mantiene sin cambios. El tercer factor, *tipo de actividad*, es el que contribuye en la comprensión de esta relación existente entre moral y actividad.

Si los gobiernos toman las consideraciones apropiadas, con políticas públicas dirigidas a los adultos mayores, con un enfoque de género y salud, entonces se tendrá que en la vejez los individuos se preocuparán por mantenerse en actividad constante, aprendiendo nuevos conocimientos y habilidades que les permitan mejorar su calidad de vida. Diversos estudios realizados a adultos mayores aconsejan buscar alternativas para retardar el inicio de enfermedades tales como el alzhéimer, una de estas estrategias es el estudiar un segundo idioma (Craik et al., 2010).⁸

También es recomendable desarrollar el autoestima de los individuos. Un sentimiento de autoestima alta, es positivo y si se tiene una vejez saludable, se propiciará un envejecimiento activo como el propuesto por la OMS.

En relación con las orientaciones políticas del envejecimiento planteadas en los acuerdos internacionales, se tienen las siguientes (Montes de Oca-Zavala, 2010: 164):

- *Envejecimiento activo* (OMS, 2002);
- Envejecimiento exitoso (Engler, 2005);
- Envejecimiento saludable (Marín Larraín, s.f.).
- Envejecimiento satisfactorio (Paul Baltres y Margret Baltres, 1990);
- Envejecimiento competente (Fernández-Ballesteros, 1998).

Envejecimiento activo. Es definido por OMS como una propuesta política para estimular una mejor calidad de vida en las personas, supone que esta es "un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales" (OMS, 2002). (Montes de Oca-Zavala, 2010: 164).

El concepto de envejecimiento activo, "fue definido por la OMS, como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS, 2002; citado en Muñoz Cobos y Espinosa Almendro, 2008: 305).

En los cuadros 2 y 3 se pueden observar las características del envejecimiento activo y sus determinantes. Este envejecimiento activo debe ser incluyente, considerando los derechos de los ciudadanos a una mejora en la calidad de vida, en donde el adulto mayor pueda participar en diversos ámbitos sean sociales, económicos, culturales, entre otros.

⁷ De acuerdo con Maddox (1963: 200), los factores asociados con la actividad son de tres tipos: físicos y psicológicos (grado de discapacidad física, auto-salud estimada, presencia o ausencia de depresión clínica, sentimiento de utilidad); socioestructurales (clasificación ocupacional, mantenimiento del rol de trabajo); tipo de actividad (interpersonal y no interpersonal).

⁸ En este estudio se analizaron 211 pacientes del Sam and Ida Ross Memory Clinic de Baycrest (Toronto, Canadá), durante el periodo de enero 2007 a diciembre 2009, con posibilidad de padecer alzhéimer, siendo 102 bilingües y 109 monolingües. 4.3 años más tarde, fueron diagnosticados los bilingües y se observó que iniciaron los síntomas de alzhéimer 5.1 años después que en el caso de los monolingües.

Se aplica a personas y grupos de población	Supone un compromiso individual del sujeto con su salud futura y la implicación de colectivos, sociedades, medios de comunicación, organismos políticos y sociales
Es universal	No afecta sólo a las personas que cumplan determinados requisitos o características: Permite desarrollar el potencial óptimo de bienestar físico, psíquico y social según sus necesidades y capacidades, no es excluyente de ninguna persona sean cuales sean sus limitaciones
"Activo"	El término hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional sino que también incluye la participación social, económica, cultural y cívica
Incluye el contexto físico y social	Urbanismo, barreras arquitectónicas, redes de apoyo, relaciones intergeneracionales
Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en derechos	Se cimenta en los derechos humanos y los principios de la Organización de las Naciones Unidas: independencia, participación, dignidad, igualdad de oportunidades y asistencia
Considera la diversidad	La heterogeneidad aumenta a medida que se avanza en el ciclo vital. El envejecimiento activo flexibiliza sus objetivos según las características diferenciales de los distintos grupos de personas y sus entornos específicos

Cuadro 2. Características del envejecimiento activo (Muñoz Cobos y Espinosa Almendro, 2008: 306).

Determinantes transversales	Cultura-género
Determinantes relacionados con los sistemas de salud y sociales	Promoción de salud y prevención de enfermedades Servicios asistenciales Asistencia de larga duración Servicios de salud mental
Determinantes conductuales	Tabaquismo Actividad física Alimentación sana Alcohol Salud bucal Medicamentos Cumplimiento terapéutico
Determinantes relacionados con factores personales	Biología y genética Factores psicológicos
Determinantes relacionados con el entorno	Físico Entornos físicos Seguridad de la vivienda Caldas Agua y aire sanos Social Apoyo social Violencia y abuso Educación y alfabetización
Determinantes económicos	Ingresos Protección social Trabajo

Cuadro 3. Determinantes del envejecimiento activo (Muñoz Cobos y Espinosa Almendro, 2008: 306).

Los autores Muñoz Cobos y Espinosa Almendro (2008: 305), analizan en su artículo el envejecimiento activo, observando que "en la ancianidad, el hecho de ser mujer es un factor que genera importantes desigualdades". En su análisis destacan las limitaciones que enfrentan las mujeres en la vejez⁹, por ejemplo, en los determinantes conductuales (Cuadro 3), para desarrollar una actividad física, puede ser que no les sea posible realizarla porque tengan un compromiso de trabajo de cuidado con niños, un enfermo u otro adulto mayor.

De acuerdo con evidencia empírica de decenas de investigaciones realizadas en la última década, acerca de la relación existente entre actividad física y envejecimiento competente, Fernández-Ballesteros (1998: 5) señala que "el ejercicio físico mejora el funcionamiento cognitivo, retrasa el declive en la velocidad de procesamiento de la información y mejora el tiempo de reacción". Si se desea tener un envejecimiento activo, con buena calidad de vida, es recomendable realizar actividades físicas. De esta manera, el individuo mejorará en el desempeño de sus capacidades físicas, cognitivas y sociales.

En la vejez, la meta a alcanzar es un envejecimiento exitoso, tal como el propuesto por la *teoría del envejecimiento exitoso y productivo*. "Rowe y Kahn (1997), han definido la vejez con éxito incluyendo: "baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad básica funcional y compromiso activo con la vida" (p. 433)", (Rowe y Kahn, 1997; citados en Fernández-Ballesteros, 1998: 1).

Para contrastar la teoría con la evidencia empírica y considerar la vejez con un enfoque de género, se elaboraron historias de vida de dos casos de estudio específicos, que representaron a ambos grupos poblacionales de la frontera: tanto de México, como de EE.UU. Cabe resaltar que los resultados obtenidos generaron información para explicar esta relación estrecha existente entre los habitantes en ambos países, sin importar las barreras físicas que los separan. Es una realidad la existencia de una migración continua de México hacia EE.UU., y de que poco a poco los migrantes han accedido a sus derechos como ciudadanos americanos, como es el caso analizado mediante la historia de vida de la mujer de San Antonio, Texas. También destaca el caso de la mujer que habita en Piedras Negras, Coahuila, porque su historia de vida proporcionó información útil para conocer sobre su nivel de bienestar en la vejez.

3. METODOLOGÍA

De acuerdo con Sampieri (Hernández Sampieri et al., 2010: 364), "la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto". En esta investigación, fue de interés conocer como las adultas mayores perciben la realidad, en relación con las cinco dimensiones que fueron analizadas para evaluar su calidad de vida.

El estudio cualitativo realizado fue de tipo exploratorio, para ahondar en la realidad de las entrevistadas, conocer sus percepciones, experiencias y contrastarlas con la literatura existente acerca de los temas de envejecimiento, género y pensiones. La investigación planteada, bajo un enfoque de género, se ocupó de un tema poco estudiado en relación con las pensiones y el envejecimiento activo, es por ello que se requirió conocer sus particularidades.

⁹ Como respuesta a las carencias y limitaciones que surgen debido a las desigualdades de género en la vejez, es importante garantizarles un cierto nivel de bienestar y calidad de vida, tomando en cuenta las consideraciones emitidas por la ONU, en la *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002 (2003)*, con un enfoque de género.

En el diseño de la investigación, se utilizó como estrategia, para obtener información (sobre el nacimiento y familia de origen, escenario cultural y tradicional, factores sociales, educación, amor, trabajo, eventos y periodos históricos, vida interior y espiritualidad, y visión de futuro) siguiendo las recomendaciones de Atkinson (2002) y Chárriez Cordero (2012), las historias de vida, realizando una entrevista semi-estructurada.

En el Cuadro 4, se presenta el guión de entrevista.

Dimensión	Indicadores	Pregunta
I. Bienestar emocional	Alegría Autoestima Tranquilidad emocional	¿Cómo puedes describir tu vida actual? ¿Cómo te sientes en relación a tus metas previstas?
II. Bienestar material	Economía Bienes materiales	¿Dependes del apoyo económico de tu familia? ¿Es propia tu vivienda?
III. Bienestar físico	Estado de salud Actividades diarias	¿Padeces alguna enfermedad? ¿Te gusta hacer ejercicio?
IV. Relaciones interpersonales	Amistad Apoyo de la familia/comunidad/instituciones	¿Cuentas con amistades? ¿Recibes apoyo? ¿De qué tipo?
V. Inclusión social	Participación en la comunidad	¿Cómo colaboras con la comunidad?

Cuadro 4. Instrumento: guion de entrevista (elaboración propia).

Para estas entrevistas, se formuló una serie de preguntas que respondieron a las interrogantes de interés en este documento. Se aplicaron 10 preguntas que tienen que ver con cinco dimensiones para conocer la calidad de vida del adulto mayor y las actividades que realiza. Estas dimensiones son: I. Bienestar emocional; II. Bienestar material; III. Bienestar físico; IV. Relaciones interpersonales; V. Inclusión social. A su vez, estas dimensiones, generan sus respectivos indicadores que proporcionan información acerca de la relación existente entre envejecimiento, género y políticas públicas en México y EE.UU.

4. RESULTADOS

4.1. HISTORIA DE VIDA 1.

En México, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) es un órgano centralizado de la administración pública federal, encargado de la política social y uno de sus instrumentos que implementa a nivel municipal, es el programa “Pensión para adultos mayores”¹⁰ (anteriormente se llamaba programa “65 y más”), que se encuentra dirigido a adultos mayores de 65 años. Mediante este programa nacional los adultos mayores de los municipios mexicanos reciben un apoyo económico cada dos meses de \$1,160.00 (un mil ciento sesenta pesos 00/100 M.N.).

¹⁰ Para ser beneficiario del programa “Pensión para adultos mayores”, el adulto mayor no debe percibir un ingreso mensual superior a los \$1,092.00 (un mil noventa y dos pesos 00/100 M.N.) por jubilación o contar con una pensión de tipo contributivo.

La entrevista fue aplicada a una adulta mayor¹¹, profesionista retirada económicamente independiente, que tuvo un hijo, pero que no vive con ella (radica en otra ciudad). Ella recibe apoyo por parte del gobierno federal a través del programa “Pensión para adultos mayores”. Se encuentra activa socialmente con la comunidad.

La entrevista proporcionó información sobre su vida actual, la cual le satisface emocionalmente (dimensión I), porque tuvo oportunidad de desarrollarse profesionalmente, con una carrera, si se retiró fue porque siendo dentista, requería destreza y con la edad sus capacidades disminuyeron poco a poco.

La entrevistada señala:

Desde pequeña me interesaron los huesos. Como quería estudiar una carrera y era caro, tuve que optar por ser dentista y aun así, fue una carrera cara. Me gustó, me desempeñé toda una vida. Pude darles una casa a mi hijo y a mi madre. Envié a mi hijo a estudiar y todavía le apoyo económicamente con gastos para mis nietos. Fue hasta que noté que mis manos, ya no tienen la misma fuerza, que mis ojos, ya me fallan, que decidí dejar de trabajar. Fue en buen momento. Era poner en riesgo a mis pacientes ante mi disminución de facultades y ellos siempre fueron lo más importante para mí. (Entrevista a mujer 1. 28.08.2016).

En su bienestar material (dimensión II), es independiente, vive modestamente, se modera en sus gastos, administra adecuadamente sus finanzas personales. Se sostiene económicamente rentando habitaciones en su casa, de esta manera también tiene compañía. Por la inseguridad existente en la ciudad, es selectiva a quien rentar, así evita riesgos innecesarios.

Vivimos en la frontera. Llega mucha gente que desea cruzar a EE.UU., no puede o la regresan y aquí se queda. Tan solo en el parque que tenemos enfrente (de su casa), veo cada mañana a migrantes que se pasan la noche durmiendo ahí. Tengo que tener cuidado porque vivo sola. Prefiero rentar la casa a personas, de preferencia profesionistas y mujeres, porque con los hombres he tenido malas experiencias, no les interesa cuidar la casa. Dos veces me han realizado destrozos en la casa y he tenido que repararla. (Entrevista a mujer 1. 28.08.2016).

Su salud (dimensión III) es excelente, fue deportista, solo hasta hace un año caminaba diariamente en la plaza del parque frente a su casa, pero debido a una lesión en la rodilla, su traumatólogo le recomendó no forzarla porque pronto requerirá que se la operen. Su ejercicio diario es limpiar su casa. Es una persona ordenada, pulcra y cuida el mobiliario que heredó de su “viejita” (su señora madre).

El único ejercicio que ahora puedo hacer es limpiar mi casa. Nunca me cansó. Lo que me agota es ir arrastrando mi pierna por el dolor de la rodilla. De repente me duele mucho, mucho y tengo que dejar todo y acostarme para reposar. Quisiera volver a ser joven, yo hacía mucho deporte, jugaba pelota, corría, era muy activa. Si no fuera por mi rodilla, yo estaría caminando todavía. (Entrevista a mujer 1. 28.08.2016).

La señora cuenta con sólidas relaciones de amistad, de años, de esta ciudad y fuera de ella (dimensión IV). Le entristece que poco a poco se va enterando del fallecimiento de algunas amistades. El programa “Pensión para adultos mayores” es una gran ayuda porque le proporciona un ingreso económico,¹²

¹¹ La entrevista duró aproximadamente una hora, se aplicó de forma personal, mediante un estilo informal que permitió que sus respuestas al cuestionario, brindaran información sobre las dimensiones de la calidad de vida en la vejez.

¹² Otro beneficio que tiene es la tarjeta INAPAM, con la cual puede obtener 50 % de descuento en la compra de boletos de autobús. En el municipio, obtuvo 50 % de descuento al pagar su predial y por el pago anual anticipado del agua.

debido a que no cuenta con seguridad social ni pensión. También recibe una pequeña despensa: utiliza sus productos y una parte la comparte con personas de escasos recursos.

Cuando me llaman para ir por mi despensa, les aviso a mis vecinos que les traeré sus cosas...me dan frijol, arroz, aceite, harina, galletas, cereal... solo con algunas cosas me quedó. Prefiero compartir. Luego ellos me apoyan con lo que no puedo hacer de la casa... poner un foco... amarrar a mi perro, porque es más fuerte que yo... a nadie le pido, porque por eso tengo mi dinero de las rentas de las habitaciones y el apoyo de la despensa. (Entrevista a mujer 1. 28.08.2016).

Con la comunidad colabora estrechamente (dimensión V). Es una persona con valores morales, siempre tiene una palabra de aliento o consejo, para quienes se acercan a ella, trata de darles una respuesta adecuada que les permita crecer como personas. En sus palabras, realiza “ministerio” para la comunidad, que son actividades de visita al domicilio de personas que requieren apoyo, por ejemplo, a una vecina que tiene seguridad social por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (ISSSTE), quien recibe diálisis como tratamiento para su enfermedad en los riñones.

Pobrecita... no puede sola... antes venían a verla sus hijos, ahora ni siquiera ellos. Ella se volvió muy triste, melancólica, no quería ver a nadie, por eso me acerqué. Ahora ella cada martes me espera para que le lea la Biblia. Hay veces me siento cansada o no aguanto mi rodilla, pero voy a verla. Soy la única que se preocupa por su salud espiritual. No sé qué va a pasar cuando yo no esté. A nadie le interesa apoyar a otro, si no hay algo de por medio. (Entrevista a mujer 1. 28.08.2016).

Al final de la entrevista, se le preguntó cuál era su percepción con respecto a la situación de los adultos mayores varones y la entrevistada respondió que ellos sufren mucho. Un hombre adulto mayor no es fácil que su familia acepte encargarse de su cuidado, en cambio una mujer es más fácil que la apoyen.

Me da tristeza por los hombres... una como mujer, la familia te acepta y te apoya, pero a ellos, si no tienen familia, o la misma familia, luego se desentienden... Pienso en mi hijo, por eso me compadezco de ellos. (Entrevista a mujer 1. 28.08.2016).

4.2. HISTORIA DE VIDA 2.

Se seleccionó para la entrevista¹³ a una mexicana, que es ciudadana americana y radica San Antonio, Texas.

En relación con el bienestar emocional (dimensión I), no le agrada estar en EE.UU. Fue por su misión evangélica, que decidió irse a EE.UU., donde radica desde hace cuarenta años. EE.UU., es un país seguro, al ser ciudadana tiene el derecho de votar y traer a un familiar, en su caso, a su señora madre, quien vive con ella. Antes de ser ciudadana, tampoco se sintió a gusto, el tener la ciudadanía, no fue un cambio.

Amo mi México lindo y querido. Vine aquí por necesidad, me quedé por mi mamá, ahora, ya es muy tarde para regresar. Pude traer a mi mamá, es lo que me dio este país. Yo tengo derechos como ciudadana americana, pero mi mamá no. En su momento, al cumplir los requisitos, quise sacarle la ciudadanía, pero no la obtuvo. Luego ella ya no quiso volver a meter sus papeles, pasó el tiempo y ahora está muy viejecita para hacerlo. Sí tengo la ciudadanía, pero no siento que haya generado un cambio en mí. Lo único es la tranquilidad de que puedo permanecer aquí, sin problemas. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

¹³ La entrevista duró un poco más de una hora. Al igual que en la entrevista 1, esta entrevista se aplicó de forma personal, mediante un estilo informal, proporcionando información útil para conocer acerca de las dimensiones de la calidad de vida en la vejez.

A la entrevistada le emocionan sus logros en aspectos morales, espirituales y con la familia. Ella siempre ha trabajado para el mundo espiritual, no el material: es pastora, toma como misión de vida el servicio espiritual.

A mi madre, su seguro, nunca le faltó y no lo requirió. Tiene mucha salud. Ya está viejecita, pero entiende todo lo que le digo. La señora que me cuida dice que es muy tranquila, una buena persona para cuidar. Mi misión es estar con ella, hasta que se me vaya. Me dijeron que le comprara su seguro funerario, para prevenir. Así lo he hecho. Prefiero tener sus papeles y los míos en orden, por si en algún momento, algo nos pasa. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

En el bienestar material (dimensión II), la entrevistada nunca dependió de su familia. Siempre pagó sus impuestos al gobierno de EE.UU. En México no, porque estuvo exenta debido a su actividad pastoral. En México, ante la Secretaría de Gobernación (SEGOB) realizó la donación del edificio que utilizó como iglesia, y siempre reportó las actividades realizadas, cumpliendo con sus obligaciones.

El ser independiente, es bueno. El dinero, nunca lo ocupé para mí, sino para mi iglesia. Cuando doné el edificio, me sentí tan bien de estar haciendo las cosas correctamente, por mí y mis feligreses. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

En México, fue la primera pastora que donó su edificio, esto fue publicado a nivel nacional, para hacer un llamamiento a los demás pastores para que nacionalizaran sus iglesias. La entrevistada comenta que era extraño que nadie lo hubiera hecho antes. Cuando sucedió, ella radicaba en Monterrey y la donación fue del *Templo Cristiano Sinaí*, en la década de los sesentas. Después de Monterrey, ella fue a trabajar a Saltillo, luego a Durango, Chicago y Eagle Pass.

El apoyo económico que recibió por parte de la organización, al realizar el pastoreo, fue el diezmo. Donde cada miembro fiel a la congregación, da el 10 % de sus ingresos y este dinero es para que viva el pastor. De esta manera fue como se mantuvo económicamente hasta el 6 de febrero de 2005, cuando cumplió los 75 años.

Como ciudadana americana, en EE.UU., tiene los derechos del seguro social y, los seguros médicos de Medicaid y Medicare. Esto fue porque se registró con el ingreso más bajo, por ello, con estos seguros médicos tiene derecho a prótesis, servicios de salud, hospital, médicos, medicamentos y todo lo que requiera. Sólo tiene que dar un pago por esta prestación, pero es menor.

EE.UU. te da todo en salud, mucho más que en México. Sí soy afortunada porque cumplí con mis obligaciones y me dieron el seguro social. Con ello, me mantengo y apoyo a mi madre. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

La entrevistada obtenía un apoyo económico de los diezmos y, una parte de estos, eran para la organización y se destinaban para obras nuevas, misiones y otros servicios. Al gobierno también se le pagaba, se le destina 15 % de este diezmo. La organización le dio aseguranza. Fue en 2009, que acordaron darle un seguro de 10 mil dólares. Si llega a fallecer, este dinero lo recibirá un familiar para que cubrir sus gastos fúnebres.

Por parte del gobierno de EE.UU., recibe apoyo alimenticio, mediante cupones de comida. En 2005, calificó para 35 dólares de cupones de comida y con el paso del tiempo fue subiendo el monto de sus cupones, actualmente recibe 75 dólares en cupones.

Tanto los apoyos económicos, como la comida, los utilizo. Viene una señora a apoyarme con la limpieza y en lo que pudiera requerir. A ella también le comparto parte de lo que tengo, así como a los que vienen a visitarme. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

Está contenta con el Medicaid y Medicare. Sí tiene otro seguro, pero con los Medicaid y Medicare, tiene todo. La vivienda que habita con su mamá, es de su hermano. Él se las proporcionó cuando decidieron mudarse ella y su señora madre, a San Antonio, Texas.

No necesito nada más. Estoy bien de salud. Lo único que me está fallando, es que de repente se me olvidan algunas cosas, pero es por la edad. Antes esto no me pasaba. Mi hermano nos dio esta casita, pequeñita, pero para nosotras dos, es suficiente. Él lo hizo pensando en mi mamá, en tenerla cerca. Yo siempre la he tenido conmigo, cuidándola. No me veo sola sin ella. No sé qué pasará cuando ya no la tenga. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

En relación con el bienestar físico (dimensión III), respecto a las enfermedades, desde 1997 padece diabetes, luego le dio reumatismo, colesterol y presión arterial. No realiza ejercicio físico porque desde 2006, no aguanta sus rodillas, éstas tienen desgaste porque durante mucho tiempo lo pasó de rodillas, por rezar. Actualmente presenta desgaste de rotulas, tibia y tres discos salidos de la columna. Debido a su problema de la columna, no puede caminar. Si pudiera caminar, le beneficiaría a su salud, por su diabetes.

Mis achaques, que ya son muchos, comenzaron de poco en poco. Cómo me gustaría volver a ser joven, poder hacer ejercicio. Yo como disfrutaba el caminar, ir de un lugar a otro, ahora, no puedo salir de mi casita. Me gustaría caminar, ello sería bueno para mi diabetes. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

En las relaciones interpersonales (dimensión IV), la ciudadana acordó con su señora madre no abandonarla. Por ello, están juntas las dos: es su cuidadora. No padece depresión o ansiedad. Las llegan a visitar feligreses de la iglesia a la que pertenecen y, por parte del gobierno, reciben apoyo de cuidadores. Sus amistades también se comunican con ella por teléfono, carta, le mandan recados. Su actividad pastoral, le abrió muchos contactos con las personas que asistían a sus predicaciones. Su comunidad se llama *Asamblea de Dios* y se encuentra registrada en México y EE.UU., es una asociación internacional. Cuando nacionalizó su iglesia, tenía muchos feligreses (alcanzó a reunir 250 miembros), fue por ello que pudo reunir toda la información requerida para cubrir este requisito.

Mi mamá y yo acordamos no separarnos. Ella sólo quiere estar conmigo. Yo no puedo dejarla. Durante muchos años hemos estado juntas y me da terror verme sin ella. Ella da sentido a mi vida, la cual gira en torno a su cuidado: levantarme a darle su medicamento, a atenderla, darle su comida, hablarle para que esté su cerebro funcionando. Lo hago con mucho cariño, como cuando ella lo hacía conmigo de pequeña. Todo ha cambiado, ahora ella depende para mí en todo y lo hago con cariño, es mi motivo de vida y felicidad. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

Acerca de la inclusión social (dimensión V). Su forma de colaboración es con el banco de comida, el correo trae una bolsa de papel estraza, cada mes, donde se puede regalar lo que se desee enviar a este banco de comida. Tienen que ser cosas en buen estado. En el Highway 90, realizan un banco de comida, donde hay muchas familias de escasos recursos. Se les proporciona ropa, medicamentos, de esta manera se puede contribuir a mejorar su situación.

Debemos colaborar. Nunca se tendrá de más, pero tampoco tenemos de menos. Hay quienes no tienen ni lo necesario y podemos hacerles el día con lo poquito que podamos dar. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

A su señora madre no la pudo hacer ciudadana. No sabía el idioma, tenía la edad, pero le faltaba el tiempo de residencia en EE.UU. Si hubiera cubierto todo, le habrían dado el Medicaid y el Medicare. El mejor seguro es el Medicare porque cubre todo: operaciones, hospital, entre otros servicios. Tampoco obtuvo seguro social, por no trabajó ni cotizó.

La entrevistada recibe mensualmente un cheque por unos 180 dólares, y esta cantidad, puede ir aumentando. Este apoyo económico lo utilizan para sus gastos. También comentó que existen asociaciones que apoyan a los migrantes que deseen cumplir con los requisitos para obtener su ciudadanía. Les brindan asesoría, por parte de la comunidad, para hacer sus trámites, pero con la rigidez de las leyes de migración, resulta más complicado que puedan obtener su ciudadanía.

Los que no tienen derechos (migrantes), están fuera del sistema. Sí los apoyamos aquellos que somos ciudadanos o con familia mexicana o latina. No es fácil porque las leyes se están volviendo cada vez más duras y no pueden trabajar, con facilidad. Si se está fuera de la ley, su vida es más difícil. (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

En relación con el Obamacare, no les cubre todos los servicios de salud. Obtienen una mejor cobertura con el Medicaid y el Medicare. En EE.UU., el sistema de salud es privado y se obtiene por el empleo personal o laboral. Los seguros públicos únicamente son provistos a familias de escasos recursos, pudiendo ser a través del Medicaid y el Medicare. En general, los inmigrantes mexicanos, la mayor parte no cuenta con acceso a los servicios de salud (aproximadamente 6.4 millones de habitantes).

Es una bendición contar con los seguros de salud como el Medicaid y el Medicare. La salud es cara, se tiene que tener aseguranza, de lo contrario, no sé qué podría pasar. La gente muere. Quienes tienen el Medicaid, son afortunados. Este apoyo nos es útil, nos brinda el apoyo médico y prestaciones que otros seguros no te brindan. Muchas personas quisieran tenerlo, pero si no clasifican, no pueden y tienen que recurrir a aseguranzas privadas que son caras y no tienen los mismos beneficios". (Entrevista a mujer 2. 23.09.2016).

El Medicaid es un programa federal/estatal para la población de menores ingresos que no están cubiertas por Medicare. Medicare es un programa de aseguramiento en salud federal que paga el seguro de hospital y el seguro de cuidado médico para las personas de 65 años y más de edad y aquellos que tienen alguna discapacidad (Medicare, 2016).

El tema de la salud es importante, sobre todo en EE.UU. Los mexicanos que radican en este país, si no cuentan con la ciudadanía, se encuentran fuera de los derechos a los servicios de salud. Es por ello que quienes tienen la ciudadanía americana, tienen un gran privilegio al serles garantizados los servicios de salud, que impactarán positivamente en su bienestar y calidad de vida.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. HISTORIA DE VIDA 1.

Esta reflexión proporcionó información valiosa sobre cómo la adulta mayor percibe esta etapa de la vida. Al relacionar sus respuestas con la teoría de la continuidad, la entrevistada cumplió con el requisito de continuar realizando actividades nuevas: lee diariamente el periódico, ve las noticias, se mantiene en movimiento limpiando su casa, realiza obra social con los vecinos.

Con respecto a la autoestima, el haber ejercido su profesión y tener desarrollados sus valores morales, mediante la religión, es lo que propició a que su bienestar emocional fuera completo. Si se retoma la

teoría de la continuidad, la autoestima (incluso la moral) de los individuos, es algo que se debe valorar en cualquier etapa de la vida y mantener siempre una autoestima alta.

También es importante que los individuos se mantengan en actividad porque fortalecen sus capacidades físicas y cognitivas, mediante el desarrollo de nuevas habilidades, para así retrasar el desarrollo de enfermedades degenerativas como el alzhéimer (Craik et al., 2010).

El desarrollo de actividades propicia un envejecimiento activo, lo cual debe ser la principal meta de cualquier individuo. Las amistades y familia, apoyan a los adultos mayores a su realización personal. A falta de éstos, la comunidad viene a ocupar este papel a través de las redes de apoyo, lo cual ha sido ampliamente analizado en estudios realizados por Verónica Montes de Oca Zavala, investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM.

La teoría de la continuidad propone un marco analítico, que al expandirse hacia enfoques recientes como el de la teoría del envejecimiento exitoso y productivo, se pueden establecer políticas públicas que incorporen la promoción de un envejecimiento activo, tal como el propuesto por la OMS.

5.2. HISTORIA DE VIDA 2.

Con la información obtenida en su entrevista, se pudo obtener la percepción que tiene sobre su calidad de vida en la vejez. La ciudadana americana proporcionó información valiosa para conocer su entorno, los beneficios sociales que recibe y cómo se siente con su vida.

Las cinco dimensiones desarrolladas en la entrevista, proporcionaron información para conocer cómo desarrolló su vida y el resultado de sus acciones. En estas dimensiones, se utilizó el enfoque del envejecimiento activo, tomando como base la teoría del envejecimiento exitoso que prioriza una mejora en la calidad de vida, haciendo del sujeto un individuo más participativo y activo con la comunidad.

La ciudadana tiene una percepción de su calidad de vida y bienestar, satisfactorios. Obtuvo la residencia permanente y luego la ciudadanía. Sí anhela estar en México, pero sabe que su vida es en EE.UU., ahí tiene todos los derechos y servicios.

Por su carácter positivo ante las adversidades, es que se ha mantenido con un nivel alto de autoestima: su autoestima, no decae. Su vida activa, en contacto constante con la sociedad, le ha ayudado a establecer relaciones interpersonales y de apoyo con la comunidad.

Sus enfermedades, al no haber tenido mucha actividad física de joven, son las que le han mermado su salud. Se puede tener un envejecimiento activo y exitoso si se es previsor y se mantiene una actividad física durante toda la vida.

En relación con ambas entrevistadas, al analizar sus niveles de bienestar, se pudo probar la hipótesis de que es necesario que las políticas públicas para la población adulta mayor consideren el enfoque de género, pues ello permitirá generar mejoras en las capacidades (necesidades) individuales de este grupo poblacional. Es importante que se incorpore el concepto de envejecimiento activo, emitido en recomendaciones realizadas por organismos internacionales, como la OMS.

Este envejecimiento activo debe considerar el bienestar del adulto mayor, mediante una mayor inclusión social con la sociedad en general. Si el adulto mayor se involucra en más actividades, se mantiene activo, genera buenas relaciones interpersonales, su bienestar mejorará. De esta manera se obtendrá un impacto social, emocional, físico y económico, en su calidad de vida.

Los temas de envejecimiento, género y políticas públicas son importantes porque se observa que cada vez las mujeres tienen una longevidad mayor que los hombres; gran parte de la población adulta mayor, se dedica al trabajo de cuidado, y son principalmente cuidadoras. Este trabajo de cuidado no les otorga remuneración alguna, porque lo realizan para la familia. Es su familia quien obtiene del trabajo de cuidado un beneficio social y económico debido a que con el apoyo de las cuidadoras, el resto de los integrantes de la familia pueden realizar sus actividades cotidianas.

Otra realidad observable es que las mujeres llegan a la vejez contando con menores ingresos que los hombres, lo que trae como consecuencia la pobreza; las mujeres que reciben una pensión no contributiva, en ocasiones apoyan para el gasto familiar, debido a que el resto de la familia carece de un empleo o si están laborando, lo hacen en el sector informal de la economía.

Sobre estos temas, en una segunda etapa de investigación, se podrían profundizar en dos cuestiones:

- Diseñar una investigación basada en un estudio longitudinal que considere el ciclo de vida del hombre y la mujer, prestando atención al análisis del acceso a los recursos y oportunidades, lo cual permita configurar sus opciones de vida y su calidad de vida en la vejez.
- Realizar un estudio transversal que considere en la población adulta mayor, el distinguir entre hombre y mujer, su instrucción educativa, la solvencia económica, el estado de salud, entre otras variables. Los casos que sean de interés, que presenten características especiales que identifiquen a sujetos mujeres adulto mayor, en situaciones de discriminación, establecer cuáles son las causas y buscar posibles soluciones.

De esta manera, se podrá responder a interrogantes referidas a las diferencias entre el envejecimiento del hombre y la mujer, en sus opciones de vida y calidad de vida. El incorporar grupos poblacionales diversos, con distinto nivel educativo, económico y de salud, puede dar información importante para conocer cuáles son los perfiles de adultos mayores que presentan características especiales, como el ser más propensos a sufrir situaciones de discriminación y cómo apoyarlos.

REFERENCIA

LIBRO

Atchley, Robert C. (1972). *Social forces in later life: an introduction to social gerontology*. Belmont, Wadsworth Publishing Company.

Hernández Sampieri, Roberto et al. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México, McGraw-Hill.

ARTÍCULO

Atchley, Robert C. (1982). "Retirement: leaving the world of work", en *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Volumen 464. Noviembre 1982, pp. 120-131.

Chárriez Cordero, Mayra (2012). "Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa", en *Revista Griot*. Volumen 5, Número I. Diciembre 2012, pp. 50-67.

Craik et al. (2010). "Delaying the onset of Alzheimer disease", en *Neurology*. Año 9, volumen, número 19. Noviembre 2010, pp. 1726-1729.

Díaz-Tendero-Bollain, Aída. (2011). "Estudios de población y enfoques de gerontología social en México", en *Papeles de Población*. Volumen 17, número 70. Octubre-diciembre 2011, pp. 49-79.

Maddox, George L. (1963). "Activity and morale: a longitudinal study of selected elderly subjects", en *Social Forces*, Volumen 42, número 2. Diciembre 1963, pp. 195-204.

Montes de Oca-Zavala, Verónica. (2010). "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo", en *Renglones. Revista Arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*. Número 62. Marzo-agosto 2010, pp. 159-181.

Muñoz Cobos, Francisca y Espinosa Almendro, Juan Manuel. (2008). "Envejecimiento activo y desigualdades de género", en *Atención Primaria*. Volumen 40, Número 6. Junio 2008, pp. 305-309.

Vera López, Juana Isabel. (2016). "Situación actual de los derechos humanos en la normativa del adulto mayor en América Latina y México", en *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. Volumen 47, número 1, pp. 271-291.

CAPÍTULO DE LIBRO

Atkinson, Robert. (2002). "6. The life story interview", en Gubrium, Jaber F. y Holstein, James A. (eds.), *Handbook of interview research. Context & method*. Thousand Oaks/Londres/Nueva Delhi, Sage Publications.

CONFERENCIAS INÉDITAS

Fernández-Ballesteros, Rocío. (1998). "Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos" conferencia dictada en las *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: envejecimiento y prevención*, Asociación Multidisciplinaria de Gerontología (AMG), Palma de Mallorca, 1997.

ELECTRÓNICA

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). "Ley de los derechos de las personas adultas mayores", en *Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión*. [En línea]. México, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_271216.pdf [Accesado el día 26 de junio de 2018]

HelpAge International. (2015). "Global AgeWatch Index 2015. Mexico. AgeWatch report card", en *HelpAge International*. [En línea]. Londres, disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Mexico> [Accesado el día 26 de junio de 2018].

HelpAge International. (2015). "Global AgeWatch Index 2015. United States of America. AgeWatch report card", en *HelpAge International*. [En línea]. Londres, disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=United+States+of+America> [Accesado el día 26 de junio de 2018].

Medicare (2017). ¿Qué es medicare? ¿Qué es medicaid?, en Medicare: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11306-S-Medicare-Medicaid.pdf> [Accesado el 29 de junio de 2018].

Naciones Unidas. (2003). "Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002", en *Naciones Unidas*. [En línea]. EE.UU., disponible en <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). "World Population Prospects: The 2015 Revision, World Population 2015 Wallchart. ST/ESA/SER.A/378", en *HelpAge International*. [En línea]. Londres, disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/population-ageing-map/> [Accesado el día 26 de junio de 2018].

Valdés y Rojas, Sergio Salvador. (2016). "Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública", en *INAPAM*. [En línea]. México, disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/1174/1/images/perfildemografico.pdf> [Accesado el día 26 de junio de 2018].